# DISSERTATION

N° 130.

SUR

# LA PÉRITONITE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 24 juillet* 1826, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;*

PAR JACQUES-THÉODORE BROQUA, de Plaisance,

Département du Gers.

*Ad summos morbos, summæ curationes diligentissimè adhibitæ optimè valent.*

HIPP., aph. 6, sect. 1

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1826.

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

## *Professeurs.*

| M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen. | Messieurs |
|---|---|
| Anatomie | CRUVEILHIER. |
| Physiologie | DUMÉRIL. |
| Chimie médicale | ORFILA. |
| Physique médicale | PELLETAN fils. |
| Histoire naturelle médicale | CLARION, *Examinateur.* |
| Pharmacologie | GUILBERT. |
| Hygiène | BERTIN. |
| Pathologie chirurgicale | MARJOLIN. ROUX. |
| Pathologie médicale | FIZEAU. FOUQUIER. |
| Opérations et appareils | RICHERAND, *Examinateur.* |
| Thérapeutique et matière médicale | ALIBERT, *Examinateur.* |
| Médecine légale | ADELON, *Suppléant.* |
| Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés | DÉSORMEAUX, *Président.* |
| Clinique médicale | CAYOL. LAENNEC. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER. |
| Clinique chirurgicale | BOUGON. BOYER. DUPUYTREN. |
| Clinique d'accouchemens | DENEUX. |

## *Professeurs honoraires.*

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, MOREAU, PELLETAN père, PINEL, VAUQUELIN.

## *Agrégés en exercice.*

| Messieurs | Messieurs |
|---|---|
| Arvers. | Maisonnabe. |
| Breschet. | Moreau. |
| Capuron, *Suppléant.* | Murat. |
| Chomel. | Parent du Chatelet. |
| Cloquet aîné. | Pavet de Courteille. |
| Coutanceau. | Ratheau. |
| De Lens. | Richard, *Examinateur.* |
| Gaultier de Claubry. | Rullier, *Examinateur.* |
| Gérardin. | Ségalas. |
| Guersent. | Serres. |
| Jadioux. | Thévenot. |
| Kergaradec. | |

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

# DOMINIQUE BROQUA,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris; Membre adjoint correspondant de l'Académie royale de médecine;

MON PREMIER MAÎTRE DANS L'ART DE GUÉRIR, ET MON MEILLEUR AMI.

# A MA MÈRE.

# A MES FRÈRES.

J. T. BROQUA.

# DISSERTATION

SUR

# LA PÉRITONITE.

*Histoire.*

Avant les travaux de *Bichat*, la plupart des maladies n'étaient connues et classées que par leurs symptômes extérieurs; et si quelques médecins s'étaient efforcés de chercher plus profondément dans les organes, la cause et le siége des affections, cette belle tentative n'avait produit que peu de résultats. Aussi ne possédait-on sur la base même de l'art de guérir que des notions vagues ou fausses. C'est ainsi que l'inflammation du péritoine fut long-temps méconnue; et les praticiens attribuaient à une foule de causes diverses les accidens auxquels elle donne lieu. Les uns la regardaient comme une phlegmasie de l'utérus; les autres, comme une fièvre particulière aux femmes en couche: on l'a crue de nature bilieuse, adynamique, ataxique; elle reçut les noms de *gastrite*, d'*entérite*, de *cystite*, etc.: enfin l'inflammation du péritoine était presque toujours confondue avec celle des organes qu'il recouvre, lorsque *G. Hunter* s'apperçut, en 1776, sur les femmes en couche, qu'il était assez souvent seul affecté. *Johnston* adopta cette opinion, qui fut

ensuite rappelée à l'attention des observateurs, en 1785, par *Walter*, anatomiste prussien. Mais il était réservé à M. *Pinel*, et surtout à *Bichat*, de nous faire mieux connaître cette maladie. Depuis lors elle a été étudiée par MM. *Gasc*, *Laennec*, *Bayle*, *Broussais*, et par tous les médecins qui se sont occupés d'anatomie pathologique.

Il est inutile sans doute de rappeler que la fièvre puerpérale n'est autre chose qu'une inflammation du péritoine, qui ne diffère de celle qui se développe chez l'homme, que par les circonstances où se trouve la femme à l'époque de ses couches. Les travaux des médecins que nous venons de citer, les analyses chimiques de la matière épanchée, et les ouvertures cadavériques de tous les jours, démontrent suffisamment cette vérité.

*Péritoine.*

Le péritoine est une membrane formée par un tissu blanc, diaphane, très-mince, vasculeux, peu ou point sensible dans l'état naturel. Il réunit tous les caractères que les anatomistes ont assignés aux membranes séreuses : comme elles, il représente un sac sans ouverture ; chez la femme, cependant, il en offre deux à l'orifice des trompes de fallope, où il se continue avec leur membrane muqueuse. Il tapisse les parois de l'abdomen, se déploie sur les organes nombreux que celui-ci renferme, et les recouvre soit en partie, soit en totalité, sans en contenir aucun dans sa cavité propre ; il les isole les uns des autres, et forme différens replis destinés à les maintenir dans leurs rapports naturels, et à soutenir les nerfs et les vaisseaux nombreux qui s'y rendent ou qui en sortent.

Sa surface intérieure, libre, d'un poli remarquable, partout contiguë à elle-même, est criblée d'orifices vasculeux extrêmement fins, chargés d'exhaler ou d'absorber un fluide particulier, assez analogue à la sérosité du sang, et dont la quantité varie. Ce fluide paraît indispensable aux mouvemens variés des viscères ; en effet, il agit en adoucissant les frottemens que les deux feuillets de la mem-

brane séreuse exercent l'un sur l'autre. Il a peut-être d'autres usages ; mais ils sont encore inconnus.

Le péritoine, par sa surface extérieure, adhère presque partout aux organes voisins ; mais cette adhérence n'est pas tellement intime qu'il ne puisse les abandonner et les recouvrir tour à tour, suivant leur état de vacuité ou de plénitude. L'estomac, les intestins, la vessie et la matrice nous en fournissent la preuve : d'où il résulte que son organisation est indépendante de la leur, et qu'il peut être affecté isolément, comme l'a très-bien fait observer notre *Bichat.*

La texture du péritoine est celluleuse. Il reçoit des vaisseaux sanguins et lymphatiques, et quelques filets nerveux très-déliés provenant en grande partie du trisplanchnique. Quelques vaisseaux sanguins rampent à sa face externe ; on doute encore s'ils font partie de son tissu, ou non. Cette membrane a si peu de sensibilité, qu'on peut la piquer ou la comprimer sans y développer un sentiment douloureux, comme le prouvent des expériences faites sur des animaux vivans. Aussi n'offre-t-elle point de phénomènes sympathiques dans l'état physiologique ; mais elle en présente beaucoup dans l'état pathologique. L'inflammation avive quelquefois sa sensibilité à un degré extraordinaire ; et la douleur qui en résulte irradie sur les foyers principaux de la vie, et les fait participer plus ou moins à son état de souffrance, selon la susceptibilité des sujets.

*Étiologie.*

L'inflammation de cette membrane n'est pas heureusement des plus communes ; sa position la rend peu accessible à l'action des excitans directs, soit internes, soit externes, et le degré de vitalité dont elle jouit en atténue souvent les effets.

Plusieurs causes, favorables à son développement, en donnant aux individus plus d'aptitude à la contracter, prédisposent également à toutes les autres phlegmasies : l'âge adulte, la pléthore, l'habitude aux fluxions, la mobilité du système vasculaire, une constitution

irritable. Dans cet état individuel, l'inflammation se fixera tantôt sur un organe, tantôt sur un autre; et l'on observera tour à tour une pneumonie, une gastro-entérite, une péritonite. Mais si elle choisit de préférence tel organe plutôt que tel autre, cela tient uniquement à l'idiosyncrasie des sujets, et à des circonstances, soit individuelles, soit hygiéniques, qui existent constamment, qu'il est important de connaître, mais qu'il n'est pas toujours bien facile d'apprécier.

Celles qui ont une influence plus particulière sur la production de la péritonite, sont : les professions qui exigent que le corps soit penché en avant, les pressions lentes ou subites de l'abdomen, l'usage de ceintures sur le ventre, les contusions sur cette partie; en un mot, tout ce qui peut occasionner les frottemens de la surface séreuse, et lui donner une susceptibilité insolite. L'existence antérieure de phlegmasies abdominales, les passions tristes, les chagrins profonds, sont encore des causes qui prédisposent à cette affection. Plusieurs circonstances bien favorables à la formation des phlegmasies péritonéales, se trouvent réunies chez les femmes à l'époque des couches. Tous les organes éprouvent alors un trouble considérable, et surtout le péritoine, dont la distension, causée par le développement de l'utérus, cesse brusquement après l'expulsion du fœtus et de ses dépendances. Les contractions violentes du diaphragme et des muscles abdominaux pendant un travail long et pénible augmentent toujours sa sensibilité. Le moral de la femme se trouve, pendant l'accouchement, dans une agitation extrême; elle devient ensuite plus sensible, plus impressionnable; les causes les plus légères, les plus fugitives agissent vivement sur elle. Procurons-lui alors, dit *Van-Swiéten*, le repos le plus absolu du corps et de l'esprit; éloignons ces visites importunes, ces rassemblemens de femmes, que l'étiquette plus que l'amitié, l'empire de la mode plus que le sentiment du cœur conduisent dans son appartement.

Les causes efficientes ou qui peuvent produire immédiatement l'inflammation du péritoine, auront d'autant plus d'efficacité que la susceptibilité acquise de la séreuse sera plus grande. Parmi ces causes,

nous trouvons toutes celles qui peuvent diminuer ou suspendre brusquement les fonctions de la peau : les variations atmosphériques ; le passage subit d'une température chaude à une température froide ; les bains froids ; le coucher à plat-ventre sur un terrain humide, comme sur l'herbe fraîche ; les boissons prises à la glace ; le froid des pieds quand on reste dans l'inaction ; le séjour de vêtemens mouillés sur le corps ; l'application inconsidérée, après l'accouchement, de topiques réfrigérens ou astringens sur les mamelles pour empêcher ces organes de sécréter le lait, sur les parois de l'abdomen, sur les parties sexuelles, sur les cuisses, soit pour arrêter une hémorrhagie, soit pour en faire disparaître les rides. Quand ces causes viennent à supprimer la transpiration cutanée, les reins et les poumons augmentent quelquefois d'énergie, et suppléent aux fonctions de la peau ; mais si cet effet n'a pas lieu, et si l'action vitale se concentre sur la membrane séreuse de l'abdomen, une péritonite se déclare. Ces mêmes phénomènes s'observent encore dans le froid des fièvres intermittentes, et la péritonite qui en résulte peut faire succomber le malade par la violence de la douleur, passer à l'état continu, ou se terminer avec l'accès.

La suppression du lait, des lochies, des menstrues, du flux hémorrhoïdal, ou de tout autre évacuation naturelle ou artificielle, devenue nécessaire par l'habitude qu'en avait contractée l'économie ; la disparition d'un exanthème, de certaines affections rhumatismales, goutteuses, etc., sont tantôt la cause, tantôt l'effet de la péritonite.

Les violentes affections de l'âme, la colère, la frayeur, la surprise, une joie excessive, les chagrins profonds, ont quelquefois assez d'influence pour développer une inflammation péritonéale, surtout chez les femmes à la suite des couches. Le séjour trop prolongé du placenta dans la matrice, peut avoir des suites funestes ; ce corps étranger se putréfie dans cet organe, et provoque sa phlegmasie qui bientôt se propage au péritoine. J'ai vu un fait de ce genre dans les salles de clinique de M. *Laennec.* Mon père vient de m'en

communiquer un autre analogue, qu'il a observé récemment à Plaisance. La phlogose de la muqueuse gastro-intestinale peut également se transmettre à la séreuse, soit en traversant les parois des intestins, soit par la voie des sympathies ; mais la péritonite se déclare surtout lorsque des ulcérations ont détruit leur membrane muqueuse et musculeuse. Elle est quelquefois la suite de l'inflammation des autres viscères de l'abdomen, tels que le foie, la vessie, les reins, la rate. On regarde généralement comme une cause fréquente de la péritonite puerpérale dans les hôpitaux, la respiration d'un air insalubre et corrompu ; mais ne serait-ce pas plutôt aux écarts de régime, et aux alimens que les femmes prennent en cachette qu'il faudrait l'attribuer ? Une pratique toujours nuisible que suivent les sages-femmes, est celle d'administrer du vin froid ou chaud pour déterminer ou augmenter les contractions de l'utérus. L'emploi trop souvent répété des émétiques et surtout des purgatifs, l'abus des liqueurs alcoholiques, les poisons âcres, les drastiques forts dont se servent les charlatans, donnent lieu plus souvent à la péritonite chronique qu'à l'aiguë.

Les plaies de l'abdomen, les hernies étranglées, les opérations chirurgicales que ces affections nécessitent, les fortes compressions des viscères abdominaux, les coups reçus sur le ventre, toute tumeur développée dans cette cavité, sont des causes très-puissantes de l'inflammation du péritoine. M. *Broussais*, dans son important ouvrage sur les phlegmasies chroniques, met sur la même ligne les efforts violens et longtemps soutenus, le tremblement des fièvres intermittentes, lorsque les viscères abdominaux, et surtout la rate, sont subitement gonflés par le mouvement centripète des fluides ; les contractions violentes et répétées des muscles de l'abdomen et de l'estomac dans le vomissement, quelle qu'en soit la cause ; les tiraillemens, pressions, frottemens, qui ont lieu dans les cas de constriction du colon et du rectum, lors des constipations opiniâtres, dans les rétrécissemens ou étranglemens des intestins et dans les hernies.

Les abcès qui s'ouvrent dans l'abdomen, les divers épanchemens de

sang, d'urine, de bile, et, selon M. *Gasc*, la sérosité elle-même, peuvent enflammer la séreuse. Les perforations de l'estomac, des intestins grêles, assez fréquentes à la suite des phlegmasies de leur membrane interne, sont toujours funestes. M. le professeur *Fizeau* a observé une péritonite produite par l'épanchement de la bile, provenant de la rupture du canal cholédoque; elle fut assez obscure pour ne se manifester, durant la vie, que par une sensibilité très-obtuse de la région abdominale, qui entretenait un état de langueur et de faiblesse; sa durée fut de trente-trois jours.

La péritonite paraît être quelquefois épidémique. Les causes sous l'influence desquelles elle prend ce caractère, ne nous sont pas bien connues. De nouvelles recherches à cet égard sont nécessaires. M. *Broussais* a vu cette phlegmasie très-fréquente en Belgique et en Hollande, à la suite des fièvres intermittentes; mais alors elle était chronique.

Que la péritonite soit aiguë ou chronique, les causes sont les mêmes. Elles donnent lieu tantôt à telle forme, tantôt à telle autre. Les différences sont toutes dans le degré de force, dans la promptitude ou la lenteur avec lesquels elles agissent. Nous serions dans l'erreur cependant, si nous n'avions égard à la constitution du sujet. En effet, chez les personnes faibles, lymphatiques, débilitées par des maladies antérieures, nous observons plus particulièrement l'état chronique; dans des circonstances opposées, c'est l'état aigu qui peut encore succéder à l'état chronique, comme celui-ci peut succéder à l'état aigu. Pour ne pas sortir des bornes que je me suis prescrites, je ne ferai qu'indiquer, en passant, ce qui a rapport à la péritonite chronique.

### *Invasion.*

Sous l'influence de plusieurs causes, l'inflammation peut se développer indifféremment sur tous les points de la surface du péritoine; mais il en est de particulières qui font qu'elle débute de préférence dans telle région plutôt que dans telle autre, quoiqu'elle

puisse ensuite se propager dans toute l'étendue de la séreuse. Ainsi, à la suite des couches, nous la voyons commencer à l'hypogastre ; à la suite d'une gastro-entérite, c'est sur un des points du péritoine qui tapisse le tube digestif ; dans les fièvres intermittentes où le foie et la rate sont ordinairement affectés, elle circonscrit d'abord ces organes ; etc. Quoi qu'il en soit, la péritonite s'annonce le plus souvent par un malaise général, un engourdissement dans les membres, un frisson, un point douloureux dans une des régions de l'abdomen, que les malades prennent pour une colique ; ils éprouvent le sentiment d'une chaleur intérieure plus ou moins vive ; il y a constipation ; la faim et la soif se conservent encore. Cet état peut durer un, deux, trois jours, se prolonger au-delà, disparaître et revenir plusieurs fois pendant ce laps de temps. Dans d'autres circonstances, le début est plus rapide, plus instantané ; le frisson est subit, violent, de courte durée, et en quelques heures la maladie a atteint son *summum* d'intensité. Que l'invasion soit lente, qu'elle soit brusque, les symptômes caractérisques se prononcent bientôt ; les uns sont locaux, les autres généraux ou sympathiques.

*Symptômes locaux.*

Le caractère le plus saillant de la péritonite est une douleur abdominale, fixe, continue, qui correspond toujours à l'endroit le plus enflammé du péritoine ; elle occupe rarement une grande étendue, même lorsque la phlegmasie a envahi la plus grande partie de la surface séreuse. Cette douleur est aiguë, pongitive, tranchante ; elle porte avec elle un sentiment de dilacération et de brûlure ; elle peut être si vive que le moindre mouvement du tronc, le plus léger frottement, le poids des couvertures, d'un seul drap, d'une chemise même, deviennent insupportables au malade. Cette douleur, qui lui arrache des cris, ne présente pas toujours ce degré d'acuité ; elle est quelquefois assez obscure ; et alors les pressions exercées sur l'un et l'autre flanc, la rendent plus vive que les pressions perpendiculaires.

Le ventre est tuméfié et météorisé, tendu et rénitent, offrant des tumeurs oblongues qui correspondent aux circonvolutions des intestins; ce qui dépend et de la présence de gaz dans le canal digestif, et du gonflement particulier du tissu cellulaire sous-séreux. C'est à cet état d'éréthisme que ce tissu présente, qu'est due la rénitence des parois abdominales : phénomène important à connaître, puisqu'il existe seul avec la douleur dans quelques cas assez rares à la vérité. Alors le météorisme manque absolument, et le ventre est déprimé, enfoncé, et fortement appliqué sur les viscères.

*Symptômes généraux ou sympathiques.*

Le péritoine enflammé et douloureux réagit sur tous les organes, et occasionne des troubles sympathiques qui lui sont propres. Les mouvemens des viscères qu'il recouvre sont enchaînés par la violence de la douleur; alors les fonctions languissent, s'arrêtent, ou ne s'exercent que lorsque le besoin se fait impérieusement sentir.

Quand la péritonite débute, si les douleurs sont vagues et légères, l'estomac reste étranger à la souffrance du péritoine, le malade désire des ingesta. S'il avale des alimens, son estomac trompé est d'abord agréablement affecté; mais les mouvemens nécessaires à leur élaboration, sont empêchés par la douleur qui prend bientôt une intensité nouvelle. Alors, le dégoût, les nausées et les vomissemens ne tardent pas à donner le signal de la réaction gastrique. Cependant la violence de la douleur peut s'opposer quelque temps au vomissement, en forçant en quelque sorte au repos les plans charnus qui agissent dans cet acte, comme on le voit dans l'observation que je rapporte; il en est de même du gros intestin dont l'inaction est due à l'immobilité de sa tunique musculeuse : de là, la constipation opiniâtre que l'on observe presque constamment.

Pendant tout le cours de la maladie, la soif est vive, et les malades ne peuvent étancher cette soif qui les tourmente. Si les liquides sont pris en trop grande quantité, ils occasionnent une dilata-

tion de l'estomac qui augmente les douleurs, et ils sont rejetés par le vomissement : s'ils sont ingérés en petite quantité, il arrive souvent qu'ils ne sont point absorbés ; ils restent dans l'estomac comme dans un vase inerte, et finissent encore par être rejetés, lorsque, par leur volume, ils distendent cet organe. Aussi le sang contient-il peu de sérosité, et devient-il lui-même une cause puissante d'irritation ; de là, cette chaleur suffocante, cette ardeur, qui consument les malades. Les rapports, les nausées et les vomissemens sont presque continuels, lorsque la portion du péritoine qui recouvre l'estomac est enflammée. La langue est ordinairement dans son état physiologique, large, humide, plutôt pâle que rouge, quelquefois recouverte d'un enduit blanchâtre à son centre et à sa base. Lorsque la péritonite est compliquée d'une gastro-entérite, la langue paraît dans quelques cas comme trempée dans du sang.

La respiration est courte, fréquente, laborieuse. Le diaphragme ne peut s'abaisser sans presser le péritoine, sans augmenter les douleurs. Ses mouvemens, très-gênés dans une péritonite légère, deviennent impossibles lorsqu'elle est intense. La respiration cesse de se faire de ce côté ; les muscles thoraciques seuls peuvent agir : alors les malades ont la poitrine élevée ; ils respirent avec peine ; ils craignent d'admettre à la fois beaucoup d'air dans cette cavité ; s'ils éprouvent une petite toux, ils s'efforcent de la retenir pour éviter les douleurs que détermine l'action de tousser. De longues inspirations deviennent nécessaires de temps en temps pour suffire à l'hématose ; elles rendent la respiration interrompue et suspirieuse, et peuvent même produire la suffocation et la syncope. Si l'inflammation gagne le péritoine qui tapisse la voûte du diaphragme, ce muscle se contracte irrégulièrement, la base de la poitrine se rétrécit, et les fausses côtes sont dans une immobilité complète par la forte tension des muscles, qui de ces organes se rendent au bassin. Les malades portent alors la tête en arrière, élèvent les bras, et font agir avec énergie les muscles pectoraux ; la difficulté de respirer est extrême ; les anxiétés sont continuelles ; la suffocation et la syncope

sont imminentes ; les hoquets et le rire sardonique peuvent s'observer.

L'état du pouls ne varie pas ordinairement dans la péritonite : il est petit, serré, concentré, et si fréquent qu'on peut à peine en compter les pulsations. Dans les derniers instans, on le trouve irrégulier, intermittent, misérable, souvent même on ne le sent pas du tout. On l'observe quelquefois rare pendant le cours de la maladie, et il ne s'accélère qu'aux approches de la mort. Il pourrait être développé, si la phlogose d'un organe parenchymateux existait en même temps que celle du péritoine.

Les sécrétions et les excrétions sont en général dérangées, diminuées ou complètement suspendues. La formation de l'urine est en partie ou totalement arrêtée ; ce défaut de sécrétion peut dépendre, ou d'une irritation trop vive des reins, ou de ce que ces organes ne trouvent point dans le sang les matériaux nécessaires à son élaboration. Si les malades en rendent, ce fluide est rouge et concentré, quelquefois clair et limpide, avec ou sans sédiment. La vessie ne se contracte qu'avec douleur pour expulser le peu qu'elle contient, le péritoine qui la tapisse étant enflammé ; souvent aussi l'irritation sympathique du col de la vessie s'oppose à son passage ; alors l'urine s'accumule dans ce réservoir, forme une tumeur au-dessus des pubis, et rend nécessaire le cathétérisme. La sécrétion de la bile est suspendue ; dans quelques cas, on a observé que le foie la sécrétait en abondance, mais alors il existait une inflammation de la muqueuse gastro-duodénale. Nous avons déjà dit que l'expulsion des matières fécales était difficile ; cependant, si la muqueuse du gros intestin est sympathiquement phlogosée par l'irritation péritonéale, la constipation cesse, et la diarrhée survient. L'excrétion des larmes est quelquefois activée ; mais ce n'est qu'un phénomène d'expression arraché par la douleur. La peau est chaude et sèche, souvent froide ; les extrémités sont presque toujours glacées, parce qu'il y a concentration des forces dans la cavité abdominale : aussi les tégumens sont-ils plus chauds dans cette région que dans toute autre. La transpi-

ration cutanée est nulle; elle peut être abondante, et la peau halitueuse, si l'inflammation s'est propagée au tissu cellulaire sous-péritonéal. Par momens, et surtout vers les derniers instans de la vie, une sueur froide et visqueuse recouvre la surface du corps et principalement le visage. Chez les nouvelles accouchées, la suppression du lait et des lochies est presque constante; aussi observe-t-on la flaccidité et l'affaissement des mamelles, la sécheresse et l'aridité de la muqueuse utéro-vaginale. Cependant ces fluides continuent quelquefois à couler; ils sont alors altérés et répandent une odeur fétide.

Le malade, sans cesse préoccupé du soin de se soustraire à toutes les influences qui peuvent augmenter sa douleur, exprime d'une manière frappante cette attention inquiète; elle se peint sur sa figure avec le sentiment des plus vives souffrances. Les muscles, que d'abord on pourrait croire prostrés, ne sont que momentanément enchaînés par la douleur. Les membres supérieurs sont comme en sentinelle pour éloigner tout ce qui peut approcher du ventre. Essayez de porter la main sur les parois de cette cavité, vous verrez le malade la repousser avec force et vivacité. La face est profondément altérée : les muscles se contractent et semblent concentrer tous les traits vers la ligne médiane. Ce changement constitue la *face grippée*, caractère constant de la péritonite. Quelquefois la douleur, en devenant plus aiguë, provoque sur les lèvres une crispation qu'on pourrait prendre pour celle du rire, et ce mouvement convulsif est d'un contraste effrayant avec la physionomie tourmentée du malade. Les yeux deviennent caves, perdent leur brillant, se ternissent de plus en plus, et se couvrent d'une espèce de nuage.

Les malades sont constamment couchés sur le dos, et dans une immobilité presque complète. La tête est inclinée sur la poitrine; les jambes sont fléchies sur les cuisses; celles-ci, sur l'abdomen, position qui leur fait éprouver du soulagement par la détente des muscles.

Il est rare que les facultés intellectuelles ne soient pas intactes jusqu'au dernier moment. Cependant, lorsque la douleur est extrême,

il peut survenir du délire, mais ce délire n'est jamais de longue durée ; il s'y joint souvent des tremblemens et des mouvemens convulsifs : d'autres fois on observe une stupeur très-marquée. Les malades sont dans un état presque continuel d'anxiété et d'insomnie, de découragement et de désespoir. Quand la péritonite devient mortelle, ils expirent ordinairement sans agonie, dans un calme parfait, ou bien ils s'éteignent dans la somnolence ou le coma.

*Marche et terminaison.*

La péritonite parcourt ordinairement ses périodes avec rapidité. Si elle débute avec violence, si elle parvient de suite à la plus haute intensité, toutes les fonctions sont brusquement suspendues ; et en quelques heures la vie peut être complètement détruite, si les secours de l'art ne sont promptement administrés. La douleur est ici la cause de la mort. Quand elle est imminente, le malade éprouve une anxiété très-grande, et des souffrances horribles ; à chaque instant il est menacé de suffocation, et l'on observe du délire ou un état comateux. Mais, dans le plus grand nombre des cas, la péritonite n'est bien caractérisée que deux ou trois jours après son invasion, et même plus tard. Alors la douleur, de vague et ambulante qu'elle était, devient fixe et continue ; des redoublemens avec augmentation de fièvre ont lieu par intervalles, et surtout le soir ; c'est aussi à cette heure que les autres symptômes sont plus tranchés. Sa durée est toujours en raison inverse de la rapidité de sa marche et de l'intensité de ses symptômes. Elle ne se prolonge guère au-delà du douzième, quinzième et vingtième jour. Comme la plupart des autres inflammations, la péritonite peut se terminer par résolution, suppuration, hémorrhagie, gangrène, et par l'état chronique.

La terminaison par résolution est la plus heureuse ; elle est aussi la plus désirable : c'est vers ce but salutaire que doivent tendre tous nos efforts. Une péritonite abandonnée à elle-même ne marche jamais vers la résolution, à moins qu'elle ne soit dans une nuance lé-

gère. Quand elle est plus aiguë, elle peut souvent affecter cette terminaison, si elle est combattue avec vigueur et de bonne heure par les antiphlogistiques. Ce n'est jamais à une époque fixe qu'elle s'opère, mais ordinairement c'est depuis le cinquième jusqu'au dixième et quinzième jour. Alors on voit les symptômes inflammatoires diminuer peu à peu d'intensité, et finir par disparaître totalement. La douleur cesse ; l'abdomen s'assouplit ; la respiration devient plus aisée ; le pouls est moins fréquent, il s'élargit et a plus de souplesse ; la constipation se dissipe ; les rapports, les nausées et les vomissemens n'ont plus lieu ; la soif est moins vive ; les sécrétions reparaissent insensiblement ; la peau reprend ses fonctions ; la chaleur se répartit uniformément, et revient aux extrémités ; les urines ont leur couleur naturelle, et sont plus abondantes ; l'agitation disparaît, et le sommeil est réparateur : chez les nouvelles accouchées, la sécrétion du lait et le cours des lochies se rétablissent ; en un mot, tout le cortège morbide fait place à la santé. Celle-ci s'annonce quelquefois par des évacuations critiques ; elles ont lieu par des sueurs copieuses, des urines sédimenteuses, des excrétions alvines plus ou moins abondantes, et, dans quelques cas, par des dépôts qui se forment à l'extérieur. On peut même observer un ptyalisme très-abondant, comme on le voit dans le fait que je rapporte, et qui nous prouve en même-temps combien il faut user de précautions pour ne point interrompre ces crises salutaires, et pour prévenir une funeste récidive, d'autant plus facile que le péritoine y est encore disposé.

Une des terminaisons les plus fréquentes, est celle qui a lieu par suppuration. Quand les malades succombent, on trouve presque constamment des épanchemens séro-purulens dans la cavité du péritoine. Il est difficile de préciser le moment de leur formation, puisqu'ils existent souvent même chez des individus morts au deuxième, troisième et quatrième jour de la maladie. Cependant on a tout lieu de craindre cette terminaison fâcheuse, lorsqu'elle se prolonge jusqu'au sixième, huitième et dixième jour, sans qu'il y ait de rémission dans les symptômes, ou bien lorsqu'elle s'est reproduite

plusieurs fois pendant ce laps de temps, après avoir cédé au traitement mis en usage. Les signes qui annoncent plus particulièrement que la suppuration se forme ou est en partie formée, sont les suivans : les malades éprouvent des frissons irréguliers ; les extrémités deviennent plus froides ; le ventre, moins douloureux, lourd, pâteux, embarrassé ; il se manifeste de temps en temps une sueur qui n'apporte aucun soulagement ; le pouls, quoique plus souple, conserve sa fréquence ; enfin, les sécrétions et les excrétions ne se rétablissent pas. Son existence est certaine lorsqu'on sent la fluctuation. Ces collections purulentes se font avec promptitude, à la suite de la suppression d'une évacuation critique quelconque. Le danger qui les accompagne dépend de la disposition anatomique du péritoine qui ne leur permet point de s'échapper au-dehors ; aussi sont-elles une cause continuelle d'irritation pour cette membrane : aussi sont-elles presque toujours mortelles. Cependant on peut conserver quelque espoir de guérison lorsqu'elles ne sont pas très-abondantes ; les absorbans en opèrent la résorption avec le temps, et à l'aide de soins convenables. Dans quelques circonstances rares, le pus se fait jour à travers les parois abdominales. *Puzos*, dans ses Mémoires sur les Dépôts laiteux, en rapporte des exemples.

Lorsque la péritonite est très-intense, il se forme quelquefois une hémorrhagie à l'intérieur du sac péritonéal. Cette terminaison s'observe chez certains individus pléthoriques, sujets aux hémoptysies, aux hémorrhoïdes, ou à toute autre hémorrhagie. Les signes propres aux grandes évacuations sanguines, le froid des extrémités, la petitesse du pouls, une pâleur générale, l'abattement, la lipothymie, la syncope, la distension du ventre, etc., annoncent qu'elle a lieu. Cet épanchement de sang est un cas d'autant plus grave, que le péritoine est déjà douloureux ; la résorption devient alors impossible, et cet accident aggrave la position du malade, qui finit toujours par succomber. M. *Broussais* appelle cette exhalation sanguine, *péritonite hémorrhagique*, parce que, dit-il, 1.° elle présente pendant la vie les mêmes symptômes que la péritonite ordinaire ; 2.° que l'altération du

tissu de la membrane, quand il en existe, est absolument la même dans l'hémorrhagie séreuse que dans la phlogose; 3.° que les remèdes, s'il y en a, ne sont pas différens; 4.° que les causes et le mécanisme ont le plus grand rapport; 5.° enfin, parce qu'il ne connaît pas de classification plus avantageuse pour le traitement.

La terminaison par gangrène est nécessairement mortelle. Le péritoine y est plus sujet que les autres membranes séreuses. On l'observe souvent lorsqu'il existe une double phlegmasie de la séreuse et de la muqueuse intestinale. Elle est toujours à redouter lorsque la maladie parcourt ses périodes avec rapidité, que les symptômes inflammatoires sont violens, et qu'ils ne cèdent point aux moyens qu'on leur oppose. La gangrène a-t-elle lieu : les douleurs cessent brusquement, la sensibilité s'éteint, le malade se croit guéri, et présente sur sa sa figure l'espérance et la joie; mais bientôt d'autres phénomènes succèdent à ce calme trompeur : le pouls devient petit, irrégulier, intermittent; la sécheresse et la chaleur de la peau disparaissent; les extrémités se glacent; une sueur froide et visqueuse se manifeste au visage; les forces tombent; le ventre s'affaisse et se cave; des déjections alvines involontaires et fétides ont lieu; la face hippocratique se dessine, et le malade meurt doucement et sans agonie.

La péritonite passe-t-elle à l'état chronique, sa durée peut être fort longue. C'est ordinairement vers le vingtième jour que cette terminaison arrive. Alors les phénomènes locaux et sympathiques diminuent peu à peu d'intensité, et prennent une forme nouvelle; la douleur du ventre est plus légère, plus obscure; souvent sa sensibilité ne se réveille que lorsqu'on le presse latéralement; la tuméfaction et la rénitence sont plus ou moins marquées : la fluctuation, d'abord peu sensible, devient plus apparente au bout d'un certain temps. Quelquefois on sent à la pression une sorte d'empâtement qui tient à l'épaississement du tissu cellulaire sous-séreux, et à celui des épiploons, ou bien une tumeur mobile qui existe ordinairement au côté gauche de l'ombilic, et qui est formée par l'agglomération des intestins soudés par de fausses membranes. Cette agglomération n'est

pas toujours circonscrite : elle peut être générale ; et alors le ventre présente partout une sorte de ténacité, lorsqu'on veut refouler les intestins pour les faire changer de place ; ce qui dépend d'adhérences établies entre la surface du péritoine qui tapisse les parois abdominales, et celle qui recouvre le tube intestinal. La fréquence du pouls et la chaleur de la peau ne s'observent souvent que le soir. Les rapports, les nausées et les vomissemens tourmentent les malades par intervalles. La constipation est opiniâtre. La toux, la difficulté de respirer, plus considérable dans la position horizontale que dans la situation droite, sont proportionnées au volume du liquide épanché dans la cavité du péritoine. Si les désordres ne sont pas trop grands, l'appétit se conserve quelquefois, et les digestions sont régulières ; l'œdème des extrémités pelviennes survient lorsque la maladie s'est prolongée et que la mort approche. Celle-ci arrive de plusieurs manières : tantôt la fièvre hectique vient mettre fin aux jours du malade, qui passe par tous les degrés du marasme ; tantôt la péritonite est exaspérée par quelque irritation étrangère, ou par le simple progrès du mal ; alors elle devient tout-à-coup douloureuse et fébrile, et prend le caractère de phlegmasie aiguë. Cette récrudescence de l'inflammation s'observe souvent pendant le cours de la péritonite chronique ; elle augmente le danger, et la mort est plus prompte. Une terminaison funeste n'est pas nécessairement la suite de l'état chronique. On peut conserver quelque espoir de guérison quand les désordres ne sont pas très-considérables. Lorsque la péritonite a débuté sous une forme chronique, les symptômes sont les mêmes : mais ils offrent souvent beaucoup d'obscurité dans le principe ; l'ascite en est quelquefois le résultat.

*Complications.*

La péritonite ne se manifeste pas toujours dans un état de simplicité. Toute autre maladie peut exister en même temps. La phlegmasie de la muqueuse qui tapisse les voies digestives, est une de ses complications les plus fréquentes, avec celle du foie, de la matrice,

de la vessie, de la rate; mais il arrive souvent que ces inflammations sont antérieures à celle du péritoine qui a bien moins de tendance à se propager aux viscères qu'il recouvre, que celle de ces mêmes viscères au péritoine. Elle peut être aussi accompagnée de la phlogose des autres membranes séreuses. On a observé celles des trois cavités splanchniques, enflammées à la fois. Au reste, les complications de la péritonite varient beaucoup, suivant une foule de circonstances individuelles et hygiéniques. Supposons-la exister avec une autre maladie, la gastro-entérite, par exemple, et examinons ce qui doit se passer alors. Leurs phénomènes locaux et sympathiques peuvent être confondus, ou bien ceux de l'une peuvent prédominer alternativement sur ceux de l'autre. Sont-ils confondus, nous avons des symptômes appartenant à ces deux affections, symptômes qui suivent toutes les nuances, tous les degrés, toutes les formes que ces inflammations présentent, et surtout la gastro-entérite. Celle-ci est-elle moins forte, la douleur, la constipation et tous les autres phénomènes de la phlogose du péritoine sont plus tranchés. Mais si la membrane séreuse perd tout-à-coup de sa sensibilité, et si l'inflammation se concentre sur la muqueuse de l'estomac, de l'intestin grêle, ou sur celle du gros intestin, les signes de la péritonite sont alors effacés par ceux de la gastro-entérite ou de la colite. Ces considérations peuvent s'appliquer à toutes les complications de la péritonite qui doivent nécessairement en obscurcir le diagnostic, et en rendre le prognostic plus fâcheux.

*Diagnostic.*

Les caractères qui distinguent la péritonite aiguë sont en général si tranchés, qu'il est facile de les saisir au premier abord. Comme il serait possible cependant qu'on la confondît, dans certains cas, avec d'autres maladies, telles que la gastro-entérite, la colique métallique, la métrite, l'hépatite, etc.; nous allons examiner comparativement leurs symptômes.

La douleur n'est pas constante dans la gastro-entérite, excepté les

cas d'empoisonnement. Quand elle existe, elle paraît à la fois plus profonde et moins distincte : c'est, le plus souvent, un sentiment de pesanteur incommode dans la région épigastrique. Une légère dépression diminue quelquefois la douleur en arrêtant le mouvement péristaltique des intestins qui en est la cause, comme on l'observe dans certaines coliques peu inflammatoires.

Dans la péritonite, la douleur est fixe, tranchante, déchirante, moins nuancée, augmentant au plus léger attouchement. Elle s'oppose à l'abaissement du diaphragme, aux mouvemens des intestins ; et ce qui la caractérise encore, c'est cette vigilance que les malades exercent autour d'eux pour éviter les moindres pressions.

Dans la première, le ventre augmente rarement de volume : mais quand cette phlegmasie est intense, le gonflement peut survenir ; il dépend alors uniquement du dégagement de gaz. Dans la seconde, au contraire, l'abdomen présente une tumeur dure et rénitente, dépendant et du météorisme, et de l'injection sanguine du tissu cellulaire de cette région. Cette tumeur est générale ou circonscrite, suivant que l'inflammation occupe une plus ou moins grande étendue du péritoine ; elle est oblongue, souvent uniforme, quelquefois bosselée. Cependant le gonflement n'est pas constant, puisqu'il existe des exemples de péritonites avec retraite considérable de la paroi antérieure du ventre ; dans ce cas, la rénitence et la douleur doivent servir de guide au médecin.

Le vomissement exaspère constamment la péritonite, tandis qu'il soulage au moins momentanément dans la gastro-entérite. La constipation est commune aux deux affections ; mais elle est plus opiniâtre dans la première. Dans celle-ci, le pouls est presque toujours fréquent, petit et concentré ; il offre dans celle-là une foule de différences. Enfin un langue large, humide, plutôt pâle que rouge, une respiration entrecoupée et costale, une disposition plus grande à l'agitation, une insomnie continuelle, une face grippée, appartiennent à la péritonite. Une langue pointue et contractée, rouge sur ses bords et à son extrémité, une respiration plus facile, une poitrine plus immobile, une

disposition moindre à l'agitation, l'affaissement des traits de la face, sont ordinaires à la gastro-entérite.

La fièvre n'existe pas toujours dans la péritonite, comme l'ont observé des médecins distingués. Elle pourrait alors être prise pour la colique métallique, surtout si le ventre était en même temps déprimé. Mais on évitera l'erreur en ayant égard au caractère de la douleur, qui, loin de s'aggraver par la pression dans cette dernière maladie, cède au contraire à ce moyen.

La métrite et l'hépatite pourraient plus facilement en imposer pour une péritonite ; mais ces phlegmasies ont encore des caractères propres à les distinguer de cette dernière.

Dans la métrite, l'élévation de la région hypogastrique dépend de l'augmentation de volume de l'utérus ; on le sent au-dessus des pubis, à travers les parois de l'abdomen, qui n'offrent point de rénitence. Aussi cette élévation est-elle circonscrite; elle ne varie qu'en raison des changemens de forme et de position que subit cet organe. Le météorisme auquel cette phlegmasie peut donner lieu en causant la constriction de l'anus, est fort rare. La douleur est obtuse, gravative, et bornée à la région hypogastrique. L'orifice utérin est gonflé, dur, sensible. La gêne que l'utérus communique à l'organe vésical, donne lieu à la strangurie, qui est encore augmentée par la chaleur brûlante des parties génitales. Enfin on observe des pertes fréquentes, la suppression des menstrues et des lochies, la douleur des mamelles, et cette dureté, cette plénitude, et ce développement du pouls qui appartiennent aux organes parenchymateux, etc.

En comparant ces symptômes de la métrite à ceux que nous avons assignés à la péritonite, on voit qu'ils diffèrent essentiellement les uns des autres; ces deux affections n'ont de commun que la suppression des menstrues, des lochies et du lait. L'hépatite sera également facile à distinguer, si l'on a égard à la distension de l'hypochondre droit, à la forme de la tumeur, à l'absence de la rénitence, au siége et au caractère de la douleur, au trouble de la sécrétion bilieuse que décèle la couleur jaune des tégumens et des ouvertures des muqueuses, etc. Il en serait de même de la cystite, de la néphrite, de la splénite.

M. le professeur *Récamier* a vu des péritonites aiguës dans lesquelles il n'y avait pas ou presque pas de douleur. Le diagnostic peut alors offrir des difficultés, et il devient nécessaire d'examiner avec soin les autres symptômes propres à déceler l'inflammation du péritoine.

Lorsque la péritonite est compliquée avec une autre phlegmasie, nous avons vu que cette dernière pouvait la déguiser au point de la faire méconnaître. C'est surtout dans ce cas qu'il est important, pour éviter toute méprise, d'analyser avec soin les symptômes que l'on observe, de les décomposer, et de rattacher à chaque organe ceux qui en dérivent.

*Prognostic.*

La péritonite est une des maladies les plus graves et contre laquelle les moyens de l'art échouent le plus souvent. Nous n'en serons point étonnés si nous réfléchissons à l'étendue, à la disposition, et aux usages du péritoine, à la rapidité avec laquelle sa phlegmasie parcourt ses périodes, aux troubles considérables qu'elle occasionne dans des organes essentiels à la vie, et à l'impossiblité où sont les produits de sa sécrétion morbide de s'échapper au-dehors.

Le prognostic est d'autant plus fâcheux, que l'inflammation est plus étendue; si elle envahissait le péritoine tout entier, je ne crois pas qu'il fût possible de prévenir sa terminaison funeste. Lorsqu'elle est partielle, les chances de guérison ne sont pas toujours les mêmes; le danger est en raison directe de l'importance des organes avec lesquels la portion phlogosée de la séreuse est en rapport : ainsi il est très-grand dans la péritonite sous-diaphragmatique ; car le trouble considérable qu'elle occasionne dans l'acte respiratoire, rend la suffocation imminente. Il est le même dans la péritonite susgastrique, puisqu'on observe alors des nausées et des efforts presque continuels de vomissement, qui ont le double inconvénient d'empêcher l'absorption des liquides, et d'augmenter l'irritation péritonéale.

On peut prévoir une isssue fâcheuse lorsque la péritonite s'est dé-

veloppée sous l'influence de causes violentes. Celle qui survient à la suite des couches, résiste souvent aux moyens qu'on lui oppose ; il en est de même de celle qui est causée par une hernie étranglée ou par des opérations chirurgicales pratiquées sur le péritoine. S'est-elle déclarée à la suite d'un coup, d'une chute, elle se termine ordinairement par l'état chronique.

Quelle que soit la cause qui l'ait produite, le prognostic est alarmant quand elle est très-aiguë dans le principe, puisqu'elle peut tuer instantanément un malade, ou du moins être mortelle, consécutivement aux désordres qui ne tardent pas à survenir. Mais il est d'autant moins mauvais, qu'elle est attaquée de meilleure heure et par des moyens convenables. En effet, une péritonite très-aiguë peut être souvent enlevée par les antiphlogistiques peu d'heures après l'invasion ; plus tard, on n'obtient plus les mêmes résultats.

Les symptômes d'un heureux augure sont la disparition de la douleur, le ramollissement du ventre, la sortie des matières fécales et des vents par l'anus, la respiration plus libre, l'élargissement du pouls, l'épanouissement des traits, etc. Mais il faut prendre garde de s'en laisser imposer par l'élargissement et la plénitude du pouls, qui peuvent dépendre de la complication de la péritonite avec la phlegmasie d'un organe parenchymateux. Il en est de même de ce calme trompeur qui succède quelquefois à des douleurs atroces, et qui indique l'extinction de la sensibilité, ou bien la gangrène du péritoine.

Une peau froide ; un pouls filiforme, très-fréquent, intermittent ; le tremblement des muscles de la langue et des membres ; la décomposition des traits ; des anxiétés très-grandes, des vomissemens continuels ; la lipothymie ; les syncopes, etc., sont des signes d'un funeste présage. La péritonite est presque toujours mortelle lorsqu'elle se termine par suppuration, et mortelle dans tous les cas lorsque la gangrène survient. Enfin, son prognostic est d'autant plus grave que les maladies qui peuvent la compliquer ont un caractère plus pernicieux.

Le prognostic de la péritonite doit donc varier en raison de l'étendue et du siége de cette phlegmasie, de ses causes de ses symptômes, de son invasion, du moment où le traitement est employé, et de ses complications.

*Altérations du péritoine.*

Lorsqu'un malade succombe, après une péritonite aiguë, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, la membrane séreuse est quelquefois très-rouge et très-sèche ; on peut trouver à sa surface une exsudation albumineuse uniforme ou granulée, qui accole faiblement ses feuillets ; on n'observe point d'épanchement ; le tissu cellulaire sous-péritonéal est développé et comme phlegmoneux. Dans d'autres circonstances, le péritoine, au lieu d'offrir des désordres considérables, ne présente aucune altération, ses vaisseaux paraissent seulement un peu plus injectés qu'à l'ordinaire. Nous ne devons pas en conclure que l'inflammation n'a point existé, que les signes que nous avons observé étaient trompeurs, et que la mort a eu lieu sous l'influence d'une cause surnaturelle, insaisissable. « Il ne faut pas juger, dit *Bichat*, de la quantité de sang qui pénétrait le péritoine ou la plèvre enflammés, par celle qu'on observe vingt-quatre heures après la mort : l'irritation locale était une cause permanente qui fixait le sang dans la partie ; cette cause ayant cessé, il s'en échappe. Une membrane séreuse peut avoir été très-enflammée pendant la vie, et présenter presque son aspect naturel après la mort ; c'est comme dans l'érysipèle. J'aurais été tenté souvent de prononcer, d'après l'ouverture des cadavres, la non-existence d'une affection qui avait été réelle. La même remarque s'applique au tissu cellulaire, aux surfaces muqueuses enflammées, etc. : voyez un sujet mort d'une angine qui, pendant la vie, avait donné la teinte rouge la plus foncée aux piliers du voile, au voile lui-même, et à tout le pharynx ; eh bien ! après la mort, les parties ont repris leur couleur naturelle. » Il fait observer ensuite qu'il faut distinguer sous ce point de vue les affections aiguës des chroniques, parce que ces dernières conservent

toujours après la mort la teinte rouge qu'elles occasionnaient pendant la vie.

« Je le répète, ajoute plus bas l'immortel *Bichat*, ces principes sont d'une importance extrême dans les ouvertures cadavériques : leur négligence m'a souvent induit en erreur, dans les commencemens, sur l'intensité et même l'existence des inflammations aiguës dont les organes que j'examinais avaient été le siége. »

Dans une période plus avancée, le péritoine présente des plaques rouges entre lesquelles on voit des taches d'un brun noirâtre et des portions de la séreuse qui paraissent saines; dans quelques endroits il est épaissi. Très-souvent les surfaces enflammées sont recouvertes de petites granulations, ou bien d'une couche albumineuse blanchâtre ou grisâtre qui fait adhérer les viscères entre eux ; des fausses membranes de même nature les enchaînent en même temps, et les fixent aux parois abdominales. Une anse intestinale se place quelquefois entre deux fausses membranes qui peuvent la serrer étroitement et l'étrangler ; on observe alors, pendant la vie, des vomissemens de matières stercorales : un cas analogue s'est présenté dernièrement à la Charité; c'était à la suite d'une pérétonite puerpérale. On croyait qu'il existait une invagination des intestins, et l'on donnait en conséquence à la malade du mercure métallique qui n'eut d'autres résultats que de déterminer une vive inflammation de la muqueuse intestinale.

Ainsi soudés et réunis, les intestins offrent l'apparence d'une masse globuleuse ou oblongue qu'il est difficile de démêler, et baignent dans un liquide plus ou moins abondant, dont la couleur et la consistance varient : séreux, lactiforme ou purulent, jaunâtre, rougeâtre ou blanchâtre. Il tient presque toujours en suspension des flocons albumineux. Son odeur est très-fétide. On croyait autrefois que, dans la péritonite puerpérale, ce liquide n'était autre chose que du lait épanché dans la cavité du péritoine. Ce qui avait donné lieu à cette erreur, c'est la couleur lactescente de la matière épanchée, et la suppression du lait que l'on observe concurremment avec l'ap-

parition de la péritonite. Aujourd'hui les connaissances médicales sont trop avancées pour qu'il soit permis de s'arrêter à de pareilles idées.

Il est à remarquer que les liquides que l'on rencontre dans la cavité du péritoine, y sont constamment versés par exhalation. Que la collection soit purulente ou non, la séreuse ne présente jamais d'ulcération ni d'érosion. Son tissu est seulement plus ou moins épaissi. Mais il faut éviter de confondre l'épaississement réel de la séreuse, avec celui qui n'est que le résultat des couches albumineuses qui recouvrent sa surface, et au-dessous desquelles elle est injectée, et non pas toujours épaissie. La collection est-elle sanguinolente, la partie fibrineuse du sang est souvent déposée, couche par couche, sur la surface péritonéale; quand on l'essuie, elle ne présente d'autre altération qu'une rougeur légère; quelquefois il s'en échappe de petites gouttelettes de sang.

Lorsque l'inflammation s'est terminée par gangrène, le péritoine est mou, friable, noir; il se déchire avec la plus grande facilité. La matière épanchée est boueuse, noirâtre et très-fétide. Des détritus de la séreuse nagent au milieu du liquide. Dans quelques circonstances on ne reconnaît plus les épiploons; ils sont réduits en putrilages, et confondus avec une sanie purulente d'un gris sale qui recouvre les intestins. Tous ces désordres peuvent se borner au péritoine; mais si les viscères ont participé à l'inflammation, on trouve quelquefois des désorganisations horribles; la gangrène a tout détruit; des perforations existent; des liquides et des solides sont épanchés

La membrane musculeuse des intestins ne s'enflamme ordinairement que consécutivement à la double phlegmasie de la séreuse et de la muqueuse. Je ne connais pas d'observation où l'on rapporte que la séreuse et la musculeuse soient seules enflammées.

La péritonite, qui s'est prolongée, peut offrir tous les désordres dont nous venons de parler. Le tissu cellulaire sous-séreux, qui n'avait été jusqu'alors qu'engorgé, présente souvent des altérations considérables; il est endurci, lardacé, tuberculeux; le mésentère et

les épiploons acquièrent quelquefois une épaisseur très-grande. Le péritoine est plus épaissi ; les fausses membranes, plus nombreuses, et l'épanchement plus abondant, plus chargé de flocons albumineux.

La résolution de la péritonite s'est opérée ; le malade est guéri ; il périt par accident : nous ouvrons l'abdomen, et nous y trouvons des adhérences aux endroits où avait existé l'inflammation. Ces adhérences, plus ou moins consolidées, ont lieu dans certaines portions de la séreuse au moyen d'une exsudation graniforme ou plastique, dans d'autres au moyen de fausses membranes blanches, élastiques, dont la longueur et la forme varient. Une péritonite intense pourrait-elle guérir autrement? Je ne le pense pas.

Si nous examinons la formation de ces fausses membranes, nous voyons une matière albumineuse se déposer d'abord par des points isolés aux endroits les plus enflammés de la séreuse, se confondre bientôt, et former enfin une couche continue plus ou moins épaisse et consistante. Cette couche, unie au péritoine par des engrenures et des inégalités, s'allonge par la présence d'un liquide qui écarte les deux feuillets de la séreuse. C'est alors que se produisent ces membranes et ces lanières qui ne font pas tellement adhérer les organes entre eux, que le mouvement de l'un entraîne celui de l'autre. La matière albumineuse qui les compose ne tarde pas à s'épaissir et à s'endurcir ; elle s'organise même et se pénètre de vaisseaux. La plupart des auteurs croient que ces vaisseaux ne sont qu'un prolongement de ceux de la séreuse. M. *Home* pense, d'après *J. Hunter*, que leur développement a lieu d'une manière différente : il se forme, suivant lui, de petites ampoules qui ne contiennent dans le principe que des fluides incolores ou même gazeux ; bientôt ces ampoules se réunissent, et un réseau vasculaire encore dépourvu de sang se produit ; ces vaisseaux s'abouchent ensuite avec ceux de la séreuse enflammée, et le sang les pénètre. *Béclard*, dont nous déplorons la perte récente, adopte cette dernière opinion ; elle lui paraît conforme à la marche de la nature. « Si l'on remplit de mercure, au hasard,

dit ce savant anatomiste, une fausse membrane qui ne semble pas en apparence contenir de vaisseaux, le métal s'y distribue régulièrement, et prend la forme de stries ramifiées, semblables à des nervures de feuilles : ce sont les vaisseaux de la fausse membrane, qui existaient avant de communiquer avec ceux de la séreuse. Ces vaisseaux présentent même par la suite un diamètre supérieur à celui des vaisseaux de communication, et une disposition propre différente de la leur, comme je m'en suis assuré par l'injection. »

OBSERVATION.

Avant de passer au traitement, je vais rapporter l'histoire d'une péritonite qui a été promptement mortelle. J'avais des liens d'amitié avec l'infortuné jeune homme qui en est l'objet. C'est sa fin prématurée, source, pour moi, de vifs regrets, qui m'a engagé à faire de la péritonite le sujet de ma dissertation.

M. *Lubin Ferré*, âgé de vingt-quatre ans, étudiant en médecine, avait un tempérament bilieux ; sa stature était petite, son embonpoint médiocre, ses cheveux noirs, son teint basané. Il avait un cerveau développé, et une intelligence grande. Habituellement triste et mélancolique, il était peu communicatif et très-concentré en lui-même. Il se livrait à l'étude avec ardeur ; et comme il se disposait à soutenir ses examens, il était constamment renfermé dans un cabinet littéraire où il se rendait même après ses repas.

La température qui avait été très-élevée au commencement du mois de mars dernier, se refroidit tout à coup vers la fin du même mois.

Le 1.er avril, vers dix heures du matin, j'appris que M. *Ferré* était malade. Je me rendis aussitôt chez lui ; en entrant dans sa chambre, l'aspect de sa physionomie me frappa ; et avant de lui avoir adressé la parole, l'idée de *péritonite* me vint à l'esprit. « Hier au soir, me dit-il, j'éprouvai quelques coliques avant mon dîné ; cependant je me mis à table, et je mangeai de bon appétit ; bientôt après

elles augmentèrent, et je fus forcé d'aller me coucher. Pendant toute la nuit, j'ai eu des douleurs si vives et si déchirantes qu'il te serait difficile de t'en faire une idée ; j'ai eu aussi des envies continuelles de vomir, mais je n'ai pu vomir que dans la matinée ; j'ai été en même temps plusieurs fois à la selle. J'ai resté seul toute la nuit, et il m'a été impossible d'appeler quelqu'un à mon secours. Dans ce moment, je me trouve plus tranquille, je ne souffre pas. » Le lit était couvert des matières du vomissement ; elles consistaient presqu'entièrement en alimens non digérés. La figure avait maigri depuis la veille de plus de moitié ; sa couleur était plombée, et les traits tout retirés vers la ligne médiane. Le pouls petit, concentré et d'une fréquence extrême, résistait à la pression des doigts. La peau était chaude et sèche ; les mains et les bras présentaient seuls une fraîcheur anormale. La soif était vive, la langue large et blanchâtre, l'abdomen tendu, rénitent et douloureux à la plus légère pression dans toute la région hypogastrique et ombilicale. Le malade, couché en supination, ne pouvait point se placer sur l'un des côtés. Je lui proposai de suite l'application d'un grand nombre de sangsues ; comme il se trouvait plus calme, il voulut essayer un large cataplasme émollient, espérant qu'elles deviendraient peut-être inutiles ; son poids le fatigua bientôt ; il fut remplacé par des fomentations émollientes.

Les douleurs commençaient à se réveiller à cinq heures du soir ; le malade consentit alors à se laisser appliquer seulement trente-sept sangsues sur la région hypogastrique. L'écoulement des piqûres fut favorisé par des lotions faites avec une décoction de racine de guimauve. L'abdomen fut couvert de compresses trempées dans la même eau. Des éructations fréquentes avaient lieu. A huit heures, le malade voulut se mettre sur son pot ; il ne rendit que des matières liquides. Pendant qu'il était dessus, il vomit une grande quantité d'un liquide que je reconnus être la tisane qu'il avait prise durant le cours de la journée : c'était une infusion de fleurs de violettes dont il ne buvait que peu à la fois. Quelque temps après, il rendit avec dou-

leur un verre d'urine; elle était rouge comme du sang. Vers dix heures, il était très-calme; les douleurs avaient cessé; les piqûres coulaient encore, et je me retirai en recommandant à la personne qui devait passer la nuit auprès de lui, de favoriser leur écoulement par des lotions réitérées, et de ne pas interrompre les fomentations émollientes.

Le dimanche, 2 avril, je me rendis auprès du malade à six heures du matin. On me rapporta que les piqûres des sangsues avaient cessé de couler vers onze heures; que la nuit avait été assez calme; qu'il avait rendu une petite quantité d'urine très-rouge, et qu'il avait eu quelques instans de sommeil. Cependant je fus loin de le trouver dans un état satisfaisant. Depuis quelques momens, les douleurs étaient revenues; le ventre était ballonné et roide comme du parchemin; le malade pouvait à peine supporter le poids des couvertures, il éprouvait des anxiétés très-grandes; le pouls était petit et d'une fréquence extrême; la peau chaude, et sèche; la figure, grippée; les facultés intellectuelles, intactes. Je dis au malade qu'il était nécessaire de recourir de suite à des évacuations sanguines générales et locales, mais que je ne voulais pas agir de moi-même, et que j'allais faire venir un médecin. Il demanda M. *Breschet;* on courut chez lui..... Comme il ne pouvait se rendre auprès du malade qu'après la visite de l'Hôtel-Dieu, et que le danger me paraissait trop pressant pour attendre, je lui pratiquai de suite une saignée d'environ quatre palettes. Le sang sorti de la veine se coagula dans un instant; il n'y avait pas autour du caillot une cuillerée de sérosité.

M. *Breschet* arriva à neuf heures et demi; je lui fis part de tout ce qui s'était passé, et des moyens qui avaient été mis en usage. Il ordonna le traitement suivant : 1.° application de vingt-huit sangsues sur l'abdomen, et de douze à l'anus; 2.° bain immédiatement après; 3.° cataplasme émollient; 4.° rouleau de linge sous les jarrets, afin de relâcher les muscles abdominaux; 5.° continuation de l'infusion de fleurs de violette, édulcorée avec le sirop de gomme; 6.° quart de lavement.

Le malade ne voulait pas les quarante sangsues ; il prétendait qu'il était trop faible, et qu'il ne pourrait pas en supporter un aussi grand nombre. Cependant M. *Breschet* parvint à lui prouver le contraire; elles furent appliquées à dix heures. A midi, je mis le malade dans le bain ; il s'y trouvait bien, se plaignant seulement de ne pas y uriner selon son habitude ; il y resta une heure cinq minutes. Un drap roulé fut ensuite placé sous les jarrets, et un cerceau au-dessous des couvertures dont le poids l'incommodait ; ce fut pour ce motif que nous lui fîmes, pour remplacer le cataplasme, des fomentations émollientes durant le reste de la journée. A cinq heures du soir, on lui administra un quart de lavement. A dix heures, il y avait une amélioration sensible ; l'abdomen n'était plus aussi tendu, ni aussi douloureux ; le pouls semblait vouloir se relever. A minuit, il se déclara un ptyalisme assez abondant ; la nuit fut très-bonne, et le malade dormit quelques heures.

Le 3 avril, à sept heures du matin, il était dans un état très-satisfaisant : le ptyalisme continuait toujours, et, comme il coïncidait avec un mieux marqué, nous le regardions comme un mouvement critique salutaire ; l'abdomen était souple et nullement douloureux à la pression, si ce n'est vers la région de la vessie où existait un peu de sensibilité ; la peau était douce au toucher ; la fréquence et la concentration du pouls avaient considérablement diminué, ou plutôt disparu. Le malade espérait une guérison prochaine ; sa physionomie exprimait le contentement et la joie. Il nous demanda un bain avec instance, disant qu'il lui ferait beaucoup de bien ; nous ne voulûmes pas le lui donner dans la crainte de supprimer cette évacuation abondante de salive qui avait lieu. Je m'éloignai dans ce moment du malade, en laissant auprès de lui M. *Bachoué* et M. *Magnié*, étudians en médecine.

Je revins auprès du malade à deux heures du soir. Ces messieurs me rapportèrent qu'il avait continué à demander le bain si instamment, qu'ils avaient été forcés d'aller trouver M. *Breschet*, et de lui exposer ce qui se passait. M. *Breschet* ne s'opposa pas au désir du

malade, qui fut mis à midi dans le bain; pendant le premier quart d'heure, des vomiturition et des anxiétés fréquentes le fatiguèrent beaucoup, ainsi que les mucosités qui, devenues plus abondantes, coulaient sans cesse de sa bouche; ensuite le calme se rétablit, le ptyalisme diminua, et le malade urina dans le bain; il en sortit à une heure moins cinq minutes. Depuis ce moment le ptyalisme devint de plus en plus rare; il avait presque entièrement disparu à quatre heures. Cependant aucun accident ne s'était encore manifesté, le malade se trouvait très-bien, il prenait même plaisir à converser.

Mais à sept heures du soir, une douleur vive et déchirante se fit sentir tout à coup dans la fosse iliaque droite; elle se propagea, dans un instant, dans le flanc, et dans tout l'hypochondre du même côté. La respiration devint alors difficile, accélérée et costale; les muscles pectoraux agissaient avec énergie; chaque inspiration augmentait les anxiétés et devenait un tourment pour le malade; à tout moment, il était menacé de suffocation; les muscles abdominaux du côté droit étaient tendus comme une corde, et s'opposaient à l'élévation des fausses côtes. Douze sangsues furent appliquées de suite sur l'hypochondre droit; une saignée générale fut faite en même temps; le sang, à peine sorti de la veine, se coagula; il n'y avait pas un atôme de sérosité autour du caillot. Un large cataplasme émollient enveloppa tout l'abdomen. Une tisane d'orge légère, dans laquelle on avait mis deux tranches d'orange d'après le désir du malade, lui servait de boisson. A neuf heures on lui donna un tiers de lavement. Le calme parut s'être rétabli à dix heures, et les douleurs semblaient apaisées.

Bientôt elles se réveillèrent avec une telle intensité, que vers onze heures il demandait à haute voix qu'on lui ouvrit la veine, ou que de nouvelles sangsues fussent appliquées.

M. *Vizerie*, étudiant en médecine, qui lui prodiguait alors ses soins, voyant que le mal allait toujours croissant, lui appliqua, vers minuit, quinze sangsues sur les points douloureux. Les souffrances,

qui semblaient augmenter pendant cette application, devinrent sourdes après la chute des sangsues, et le malade se trouva un peu soulagé. A une heure, une sueur commença à se manifester au pourtour du nez et sur le front; mais bientôt elle fut générale et très-abondante. Alors le malade demanda plus souvent à boire, et quelques tranches d'orange à sucer, afin de tromper sa soif. A deux heures et demi, il voulut être changé de chemise; la chaleur lui paraissait suffocante.

On essaya de le changer vers trois heures, et en lui faisant exécuter un léger mouvement pour le mettre dans la position assise, il éprouva des douleurs si vives qu'elles lui occasionnèrent une syncope qui dura sept à huit secondes. Revenu à lui-même, le malade demanda s'il avait été changé, et si on lui avait mis un serre-tête; on lui répondit que oui; mais il s'aperçut bientôt du contraire, en disant qu'il se sentait tout mouillé. Il reconnut alors que son état s'aggravait et qu'il avait peu d'instans à vivre, puisqu'il prédit que dans deux heures il ne serait plus. Quelque temps après, des grincemens de dents se firent entendre, et les éructations, qui avaient duré toute la nuit, devinrent plus fréquentes.

A quatre heures, l'inflammation faisait des progrès rapides, et le malade dit : *Adieu, terre de la patrie!* Bientôt après il demanda qu'on lui fit voir le jour aussitôt qu'il paraîtrait. A peine eût-il prononcé ces dernières paroles qu'il se plaignit d'être aveugle. La personne qui le gardait, s'approchant de lui, trouva ses yeux hagards, et ses pupilles excessivement dilatées et immobiles. Le larynx était remonté, et une espèce de ronflement se fit entendre dans l'arrière bouche. Cet état dura jusqu'à cinq heures du matin, 4 avril, et le malade cessa d'être.

*Autopsie cadavérique faite par M.* Baile, *docteur en médecine, et M.* Magnié. M. *Bachoué* était présent. J'ai eu aussi la douleur d'y assister. Voici ce que nous avons observé :

L'abdomen était ballonné; à l'ouverture de cette cavité, il s'est écoulé une quantité assez considérable d'un liquide jaunâtre, séropurulent, dans lequel nageaient des flocons albumineux, et qui ré-

pandait une odeur très-fétide. Les intestins grêles, saillans et distendus par des gaz, présentaient à leur surface une couleur rouge tendre, et dans quelques portions une couleur rouge-brun foncé. Dans toute la région hypogastrique, existaient des fausses membranes albumineuses de couleur jaunâtre et très-épaisses, qui faisaient adhérer les circonvolutions intestinales soit entre elles, soit avec la vessie, soit avec les parois abdominales.

La surface du péritoine, qui tapisse le flanc gauche, le flanc droit et l'hypocondre droit, était recouverte d'une matière purulente qui y était déposée par petits points blanchâtres placés les uns à côté des autres, et qui semblaient être les rudimens d'une nouvelle fausse membrane.

Ce qui est remarquable c'est que, tandis que la surface inférieure de la moitié droite du diaphragme et la face convexe du lobe droit du foie portaient les traces non équivoques d'une inflammation très-intense, le péritoine, qui tapisse la face inférieure de la moitié gauche du diaphragme, le lobe gauche du foie, l'estomac et la rate, était parfaitement sain. En sorte que l'altération pathologique avait pour limite, dans la région sus-ombilicale, le ligament suspenseur du foie qui semblait avoir été le point d'arrêt de la maladie.

En déployant les intestins avec soin, nous nous sommes assurés que le péritoine était enflammé jusqu'au fond de leurs enfractuosités, et qu'il y existait de nombreuses collections purulentes circonscrites soit par le mésentère, soit par des fausses membranes. Le mésentère lui-même présentait une épaisseur plus considérable que dans l'état physiologique, résultat d'une infiltration séreuse. Quelques ganglions mésentériques étaient légèrement engorgés.

Le lobe droit du foie présentait une couleur brunâtre qui s'étendait dans sa substance à une ligne de profondeur, et cette couleur anormale formait un contraste frappant avec le lobe gauche qui avait sa couleur naturelle.

Les intestins ont été ouverts dans les portions qui paraissaient

les plus altérées à l'extérieur, et leur membrane muqueuse a été trouvée parfaitement saine.

Les poumons et le cœur étaient dans un état d'intégrité parfaite.

La tête n'a point été ouverte.

---

Le genre de vie que menait M. Ferré semble l'avoir prédisposé à cette terrible maladie. Constamment renfermé dans un cabinet littéraire, il avait souvent le ventre pressé contre une table et le corps penché en avant, circonstances qui peuvent donner au péritoine une susceptibilité insolite. Le refroidissement de la température, qui eut lieu dans les derniers jours de mars, lui aura sans doute occasionné les légères coliques qu'il éprouva le 31, et qui n'étaient que le début de la péritonite; je ne connais pas d'autres causes auxquelles je puisse les rapporter. Les alimens, dont il surchargea son estomac dans la soirée, et dont il ne put se débarrasser que le lendemain, paraissent évidemment avoir donné à l'inflammation cette intensité qu'elle eut toute la nuit.

Lorsque je vis le malade pour la première fois, il aurait certainement fallu recourrir de suite à des émissions sanguines très-abondantes ; mais est-il possible de diriger comme on veut le traitement d'un malade-médecin? Un temps précieux a été également perdu la première nuit, à raison de l'isolement dans lequel il s'est trouvé. L'inflammation n'existait alors que dans les portions du péritoine qui correspondent aux régions hypogastrique et ombilicale; sa marche était rapide; cependant elle parut avoir cédé, dans la nuit du 2 au 3 avril, au traitement qui avait été mis en usage; toutes les sécrétions avaient été supprimées, et le ptyalisme qui se déclara à minuit devait être regardé comme une crise salutaire qu'il était important de respecter. La suppression de cette évacuation, qu'on ne peut attribuer qu'au bain que prit le malade, produisit sans doute cette récrudescence de la phlegmasie qui se propagea au péritoine qui tapisse la moitié droite du diaphragme et le lobe droit du foie, et qu'il ne fut plus possible d'arrêter.

La guérison aurait-elle eu lieu, si le ptyalisme ne s'était pas supprimé? Je le crois très-fort; car, dès son apparition, les symptômes de la péritonite avaient presque totalement disparu. Les observations de M. *Chaussier* viennent à l'appui de mon opinion : ce savant a toujours vu la guérison s'opérer, lorsque, à l'aide des frictions mercurielles, il parvenait à porter une irritation sur les glandes salivaires, ou à exciter la salivation. M. *Laennec* a fait les mêmes observations. L'épanchement ne paraît s'être formé qu'à la suite de la suppression du ptyalisme.

Je ne connais pas un autre exemple de péritonite où la salivation soit survenue naturellement. Cependant on lit dans le Dictionnaire des sciences médicales, au mot *péritonite puerpérale*, rédigé par MM. *Murat* et *Gasc*, page 103, que *Puzos* a observé une péritonite puerpérale qui s'est jugée par une excrétion abondante de salive. J'ai parcouru *Puzos*, et voici le seul passage que j'ai trouvé y avoir rapport : « J'ai vu plusieurs fois, dit-il, une dame avoir dans ses grosses une salivation laiteuse très-abondante : elle inondait, en crachant, tous les lieux où elle était, d'une liqueur qui lui paraissait avoir un goût de petit-lait. » C'est tout ce que *Puzos* dit de cette femme. Il me semble qu'on ne peut pas en conclure que cette salivation se soit manifestée à la suite d'une péritonite.

*Traitement.*

La marche rapide de la péritonite, les terminaisons funestes qu'elle affecte lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, proscrivent la médecine expectante. Il faut, pour la combattre, des moyens actifs et perturbateurs. Ceux que l'art met à notre disposition doivent être employés avec énergie, et, s'il est possible, dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie.

Eloigner de la partie souffrante tout ce qui peut l'irriter ou la fatiguer; dégager le malade des liens et des vêtemens qui le compriment; le placer dans un lit disposé convenablement, et dans un endroit vaste, aéré, ni trop chaud, ni trop froid; empêcher, au moyen de

cerceaux, que les couvertures ne pèsent sur son ventre ; faire incliner la tête sur la poitrine, fléchir les jambes sur les cuisses, celles-ci sur le bassin, afin de mettre les muscles abdominaux dans le plus grand relâchement possible; recommander l'immobilité la plus absolue, tout mouvement ne pouvant avoir lieu sans douleur; prescrire le silence, pour éviter les longues inspirations ; enfin préserver le moral de toute impression pénible ou désagréable, telle est la première indication qui se présente. Après l'avoir remplie, le médecin doit se hâter de faire cesser, ou au moins de diminuer cette congestion qui a lieu sur le péritoine. Pour y parvenir, il aura recours d'abord aux évacuations sanguines générales et locales.

Les saignées générales ont été long-temps l'unique remède employé contre la péritonite ; quelques praticiens s'en contentent encore. Pour guérir par elles seulement, il faut les répéter un grand nombre de fois à des distances rapprochées, et affaiblir considérablement les malades. Toutefois les succès ne sont jamais aussi prompts et aussi nombreux que par les émissions sanguines au moyen de sangsues. Mais comme le sang est refoulé à l'intérieur, qu'il y est retenu par la phlogose péritonéale, et qu'il parcourt difficilement les vaisseaux capillaires de la peau, dont le tissu est plus ou moins contracté; il est toujours utile de commencer par une saignée générale copieuse, lorsque les forces du malade le permettent. Elle régularise la circulation, et produit une détente générale très-favorable à l'action locale des sangsues ; leurs piqûres coulent alors plus abondamment, et laphlegmasie cède avec plus de facilité. La saignée sera doublement indiquée chez les sujets robustes et pléthoriques, qui ont le pouls plein, dur et accéléré, et dont la chaleur et les douleurs du ventre sont vives. La petitesse et la concentration du pouls, qu'on observe presque toujours, la réclament également; car le développement du cœur n'est arrêté que par l'excès de la douleur. On devra la répéter plus ou moins souvent, si les circonstances l'exigent. Chez les individus faibles, cacochymes, ou débilités par des maladies antérieures, il faut s'en abstenir tout-à-fait ; la saignée générale pourrait alors être nuisible.

Après les saignées générales, on doit recourir de suite aux locales : celles-ci sont toujours indispensables. Les sangsues doivent être préférées aux ventouses, qui sont trop douloureuses. Le nombre à employer est difficile à fixer ; il varie selon les forces du malade, son âge, et la violence de la congestion sanguine ; aussi, n'est-il point possible de donner une règle invariable à cet égard. En général, il en faut toujours une grande quantité. Quatre-vingt-dix ou cent sangsues ne sont pas de trop pour triompher d'une péritonite très-étendue, chez un sujet fort, pléthorique et sanguin. Leur succès, d'autant plus certain qu'on saisit le mal à son origine, n'est plus le même, si le malade ou le médecin temporise. Il faut appliquer les sangsues sur le ventre : la péritonite est-elle générale, on les dispersera sur toute l'étendue de la tumeur ; est-elle circonscrite, on les mettra sur l'endroit enflammé seulement. Quelques praticiens, guidés par les connaissances anatomiques et les sympathies de la séreuse avec le sein, la matrice et le rectum, préfèrent les appliquer aux mamelles, à la vulve, à l'anus, lorsqu'il y a suppression du lait, des lochies ou du flux hémorrhoïdal; mais l'expérience de tous les jours, prouve qu'on réussit d'autant mieux, qu'on agit plus prés du mal. Quand l'inflammation a été enlevée par une première application de sangsues, et qu'elle reparaît sur un autre point de la séreuse, on doit la poursuivre et la combattre autant de fois qu'elle pourra renaître. Dans ces applications successives de sangsues, le nombre de ces animaux sera toujours en rapport avec les forces du malade, et la quantité de sang qu'il aura déjà perdue. C'est aussi en appréciant avec soin ces dernières circonstances, que le médecin peut connaître quand elles cessent de convenir. Si la péritonite est passée à l'état chronique, les sangsues sont encore nécessaires toutes les fois que les douleurs se réveillent, et semblent prendre un caractère aigu. J'ai vu à l'hospice de l'Ecole de médecine, une péritonite puerpérale-chronique, qui avait été aiguë dans le principe; les douleurs revenaient tous les quatre ou cinq jours ; elles étaient toujours combattues par de nouvelles applications de sangsues. La malade s'en

trouvait si bien, qu'elle les demandait elle-même. Pendant les six mois qu'elle resta dans l'hospice, environ six cent soixante sangsues lui furent appliquées. Le lait et quelques bouillons la soutenaient. Enfin les douleurs cessèrent de reparaître, et la malade reprit des forces et un peu d'embonpoint; elle sortit alors de l'hospice, je ne dirai pas parfaitement guérie, mais dans un état très-satisfaisant. Quelque temps après je la rencontrai, par hasard, au Luxembourg, et je vis avec plaisir qu'elle jouissait d'une assez bonne santé. Cette femme avait été soignée par M. *Bougon* et M. *Velpeau*.

Les fomentations émollientes sont indispensables. Seules, elles seraient toujours insuffisantes; mais, jointes aux émissions sanguines, elles offrent beaucoup d'utilité. Ces deux moyens thérapeutiques, employés simultanément, sont les plus efficaces de tous ceux que l'on connaît. Pour en retirer tous les avantages possibles, il est nécessaire de les renouveler souvent, d'employer des compresses légères, et de ne point en surcharger l'abdomen du malade. On choisit de préférence l'eau de guimauve ou de graine de lin, elle doit être tiède; si la douleur était vive, on pourrait y ajouter quelques gouttes de laudanum, ou quelques têtes de pavots. Les cataplasmes doivent être abandonnés, parce qu'ils sont trop lourds, et causent trop de douleur.

Les bains tièdes généraux ont leurs avantages et leurs inconvéniens. Quand on les emploie immédiatement après la chute des sangsues, ils produisent beaucoup de soulagement. Ils doivent être long-temps prolongés, surtout si le malade s'y trouve bien; c'est alors une preuve que la phlegmasie est avantageusement modifiée. En le mettant dans la baignoire, on prendra toutes les précautions convenables pour qu'il n'éprouve aucune secousse et pour le préserver du froid. Mais, si la péritonite affecte une terminaison quelconque, si les sécrétions et les excrétions se rétablissent après avoir été supprimées, ou si quelqu'une d'entre elles a persisté, ou si enfin une évacuation non naturelle s'établit, les bains peuvent être dangereux. Plusieurs observations le prouvent, et en particulier celle

que je rapporte. Dans tous ces cas, ils doivent être rejetés. Si les douleurs étaient très-vives, il faudrait aussi s'en abstenir ; la position que le malade serait obligé de prendre, les mouvemens qu'il ne pourrait éviter, et la pression de l'eau sur le ventre, suffiraient pour aggraver la péritonite. Des fumigations émollientes, dirigées dans le lit du malade au moyen d'un appareil particulier, seraient très-utiles ; elles procureraient tout le bien que l'on peut attendre du bain, sans en avoir les inconvéniens.

Les fomentations froides et glacées, les bains froids ou chauds offrent trop de danger pour qu'il soit permis d'en faire usage.

Il est utile de faire sur les membres des frictions douces, lentes et continues, avec la main ou un morceau de flanelle ; elles appellent le sang à l'extérieur, facilitent sa circulation dans les capillaires de la peau, et tendent à détruire cette concentration morbide qui a lieu sur la séreuse.

Les frictions mercurielles peuvent être d'un grand secours dans la cure de la péritonite. Elles produisent sur les glandes salivaires une révulsion qui est des plus efficaces. Il est d'observation, qu'on n'a jamais à redouter une terminaison funeste lorsque ces organes offrent un gonflement, une tuméfaction avec augmentation de sensibilité, et même une légère douleur. M. *Chaussier* a adopté ce genre de traitement dans la péritonite puerpérale. « Ce médecin, dit M. *Leroux* dans son Cours sur les généralités de la médecine pratique, m'a assuré de la manière la plus positive, que, toutes les fois qu'il est parvenu à porter cette irritation sur les organes salivaires, aucune femme n'a péri de la péritonite. » Quand la pommade mercurielle a excité la salivation, la guérison a lieu également; mais il est inutile de la provoquer. Son usage ne doit pas faire négliger les antiphlogistiques. Je voudrais, qu'après avoir employé les saignées générales et locales, avec toute l'énergie que réclame la terrible maladie qui nous occupe, et pendant qu'on fait des fomentations émollientes sur le ventre, on pratiquât les frictions mercurielles sur la partie interne des membres abdominaux et thoraciques. Il faudrait les ré-

péter assez souvent, afin de déterminer promptement un mouvement fluxionnaire vers les glandes salivaires. Lorsque cet effet a lieu, on voit toujours disparaître les symptômes de la péritonite. Aussi est-il alors de la plus haute importance de ne point contrarier par d'autres médicamens, cette crise artificielle qui doit ramener le malade à la santé.

Il serait à désirer que M. *Chaussier* publiât ses observations; il serait également à désirer que les praticiens fissent des expériences sur ce sujet nouveau, afin de bien connaître le degré de confiance que nous devons accorder aux frictions mercurielles, le moment le plus favorable à leur emploi, les endroits de la surface de la peau les plus avantageux pour les pratiquer, et enfin la manière la plus utile de les combiner avec les autres moyens thérapeutiques.

Les vésicatoires, les sinapismes, les moxas ne conviennent nullement dans la péritonite aiguë. L'irritation qu'ils produisent sur la surface cutanée, au lieu de déplacer celle qui est fixée sur la séreuse, tend au contraire à l'augmenter. Ils ne peuvent être de quelque utilité que lorsque la péritonite est chronique; on se propose alors et d'appeler l'irritation à l'extérieur et de favoriser la résorption des liquides épanchés. Mais il faut surveiller avec soin l'action de ces révulsifs, et les interrompre aussitôt que l'on s'aperçoit que le ventre s'échauffe un peu.

Les malades doivent être mis à la diète la plus rigoureuse. On ne leur permettra que les boissons les plus douces ou les plus rafraîchissantes. La dissolution de gomme arabique, l'eau d'orge, de riz, de groseille, la limonade cuite, l'infusion de fleurs de violette suffisent toujours. Ces boissons s'administrent tièdes : on peut cependant les prescrire froides, quand la température de l'atmosphère est très-élevée, et qu'il y a une grande tendance au vomissement. Il ne faut les donner qu'en très-petite quantité, malgré cette soif et cette chaleur dévorante qui tourmentent les malades en proie à la péritonite : à haute dose, elles distendent l'estomac, augmentent les douleurs, et facilitent le vomissement. On peut leur mettre quelques

tranches d'orange dans la bouche pour tromper la soif. La péritonite est-elle passée à l'état chronique, la diète ne doit plus être aussi rigoureuse. Il faut soutenir les forces du malade avec des bouillons, du lait, et une nourriture antistercorale. Les sudorifiques et les diurétiques peuvent être alors utiles, surtout quand il y a des liquides épanchés dans le péritoine. Dans tous les cas, s'il se manifestait quelque crise qui parut vouloir juger favorablement la maladie, le médecin devrait toujours seconder les efforts de la nature.

Il en est des lavemens émolliens comme des boissons. Pour en retirer des avantages, il ne faut les prescrire qu'en petite quantité. On n'en donnera que des quarts ou des demis. Introduits en trop grande abondance dans le gros intestin, les liquides le distendent douloureusement, et peuvent aggraver la phlegmasie.

Après la période d'acuité, si la constipation persiste, si des matières stercorales sont accumulées dans le canal intestinal, il est utile de provoquer leur sortie. Pour obtenir cet effet, il ne faut jamais avoir recours qu'aux laxatifs très-doux, tels que l'huile fraîche de ricin ou l'huile d'amandes douces, que l'on peut mêler avec le sirop de fleurs de pêcher par parties égales, la manne ou la crême de tartre dissoute dans un verre de tisane, etc. On les donnera à des doses fractionnées, pour ne pas accélérer brusquement le mouvement péristaltique des intestins, mouvement qui multiplie les frottemens toujours très-douloureux de la membrane séreuse, et qui ne peut avoir lieu sans danger. Aussi ne faut-il les employer qu'avec réserve, et seulement quand des circonstances impérieuses l'exigent. Les lavemens émolliens, chargés de ces substances, suffisent quelquefois pour procurer des évacuations alvines.

Comme les purgatifs violens, les vomitifs doivent être bannis du traitement de la péritonite. Ils troublent d'une manière brusque l'immobilité des viscères ; et il en résulte des frottemens, des tiraillemens, et des secousses qui ne peuvent qu'accroître l'inflammation de la séreuse, puisqu'ils peuvent seuls la produire. Aussi ne faut-il, sous aucun prétexte, y recourir, quoique *Doulcet* et *Doublet* aient

fait de l'ipécacuanha la base du traitement des péritonites puerpérales. Avec cette substance, ils occasionnaient souvent la phlogose de la muqueuse gastro-intestinale, qui, jointe à celle du péritoine, ne tardait pas à faire succomber les malades.

Lorsque la péritonite est simple, et que les douleurs n'ont point cédé aux émissions sanguines, générales et locales, ne pourrait-on pas retirer de grands avantages de l'opium et de ses diverses préparations ? Ne pourrait-il pas alors modifier utilement le système nerveux, calmer la douleur, diriger les fluides vers la périférie, et provoquer un sommeil prolongé qui hâterait la résolution de la phlegmasie ?

La péritonite a-t-elle cédé, la convalescence est-elle arrivée, le médecin doit prendre beaucoup de précautions pour amener le malade à une guérison parfaite. Les récidives sont alors faciles ; les plus légères causes peuvent les produire ; et avec quel soin ne faut-il pas soustraire le convalescent à leurs influences ! On ne lui donnera, les premiers jours pour toute nourriture, que de légers bouillons, quelques potages, de la crême de riz, des fruits doux et mucoso-sucrés, comme les pruneaux, les pommes cuites, etc. : on en augmentera la quantité peu à peu, et à mesure qu'il reprendra des forces. Les œufs frais, les viandes blanches, les épinards, la chicorée cuite, une boisson légèrement tonique, comme le vin, le cidre, la bière, très-étendus d'eau, lui seront accordés. Il faut retrancher avec soin les viandes fortes, trop substantielles, et qui fournissent beaucoup de matières stercorales ; les légumes farineux et les amandes, comme pouvant donner lieu à des vents. L'influence du froid et de l'humidité est toujours à redouter ; on ne négligera rien pour y soustraire le convalescent, qui doit éviter les exercices violens et les grandes secousses, s'astreindre à un régime doux, et fuir toutes les causes de récidive.

Si la péritonite était compliquée d'une autre maladie, les bases du traitement seraient toujours les mêmes.

## HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

II.

Lassitudines sponte obortæ, morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

III.

Impura corpora quò magis nutriveris, eò magis lædes. *Ibid.*, *aph.* 10.

IV.

Quibus ex morbo resurgentibus aliquid dolet, ibi abscessus fiunt. *Sect.* 4, *aph.* 32.

V.

Sed et si quid doluerit antè morbum, ibi se figit morbus. *Ibid.*, *aph.* 33.

VI.

A dolore diuturno partium circà ventrem suppuratio, malum. *Sect.* 7, *aph.* 22.